TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Pl. MAUCLAIRE



DEUXIÈME PARTIE

Années 1913 à 1918

TOURS

IMPRIMERIE E. ARRAULT ET Cie

6, RUE DE LA PRÉFECTURE, 6

—

1918

ENSEIGNEMENT DEPUIS 1913

Hôpital de la Charité (juillet 1913 et juillet 1914). — Dix leçons sur des questions d'actualité chirurgicale.

Hôpital de la Charité (août 1914). — Douze leçons de chirurgie de guerre.

Étant données les circonstances, ce cours a été très suivi.

Hôpital de la Charité (juillet et août 1916). — Vingt-quatre leçons de chirurgie de guerre.

Faculté de médecine. — Chargé de cours de pathologie externe :

Semestre d'hiver 1916-1917.
Semestre d'été 1916-1917.
Semestre d'hiver 1917-1918.
Semestre d'été 1917-1918.
Semestre d'hiver 1918-1919.

SERVICE MILITAIRE PENDANT LA GUERRE

Chargé des formations sanitaires suivantes :

Hôpital auxiliaire n° 101.
— n° 90.
— n° 154.
— n° 157.
— n° 139.
— n° 108.
— n° 127.
Annexe du Val-de-Grâce n° 20.
— — n° 5 (Une salle).
Hôpital de la Charité. — Salles de blessés.

VINGT-QUATRE LEÇONS DE CHIRURGIE DE GUERRE

Volume de 525 pages avec 320 figures (paru en août 1917).

Après trois ans de service très actif dans plusieurs ambulances de Paris, j'ai cru faire œuvre utile en résumant dans 24 leçons la pratique actuelle de la chirurgie de guerre Personnellement, j'ai vu beaucoup de blessés, car, au début de la guerre, les chirurgiens de carrière étaient très rares à Paris. J'ai lu les comptes rendus des sociétés médico-chirurgicales de l'avant, comptes rendus qui donnent une idée exacte de la chirurgie d'urgence du front. J'ai d'ailleurs visité les installations chirurgicales du front belge et plusieurs hôpitaux du front, hôpitaux français ou des alliés Dans ces leçons, j'ai résumé les discussions de la Société nationale de chirurgie de Paris. J'ai tenu compte des articles parus en Angleterre, en Italie, en Russie et aussi en Allemagne et en Autriche. J'ai résumé mes nombreux rapports à la Société de chirurgie et les résultats de ma pratique personnelle.

Voici les titres de ces vingt-quatre leçons :

I. — *Généralités sur les plaies de guerre.*
II. — *Traitement des plaies de guerre.*
III. — *Choc traumatique et choc opératoire chez les blessés de guerre.*
IV. — *Lymphangite. Gangrènes gazeuses. Septicémies.*
V. — *Tétanos de guerre.*
VI. — *Localisation et extraction des projectiles.*
VII. — *Plaies des muscles, tendons, aponévroses, veines et artères.*
VIII. — *Plaies des nerfs.*
IX. — *Traitement des plaies des nerfs.*
X. — *Généralités sur les fractures par projectiles de guerre. Traitement des fractures du membre supérieur.*
XI. — *Traitement des fractures du membre inférieur.*
XII. — *Plaies articulaires.*
XIII. — *Ostéomyélites. Cals vicieux. Ankyloses.*
XIV. — *Articulations ballantes. Rétractions tendineuses. Cicatrices cutanées. Brûlures.*

Qu'il me soit permis de dire que ce livre a eu beaucoup de succès en France et à l'étranger.

Rapport annuel des travaux de la Société de chirurgie en 1916.
Rapport annuel des travaux de la Société de chirurgie en 1917.

GÉNÉRALITÉS [1]

Appareil de M. Barthélemy (de Nancy) *pour stériliser le catgut par les vapeurs de formol.* Rapport à la Soc. de chir., 1914, p. 808.

(1) La crise du papier ne nous a pas permis de mettre dans cet exposé supplémentaire les figures qui auraient certainement éclairci le texte.

PLAIES. AMPUTATIONS

Plaies de guerre. Désinfection des trajets par la teinture d'iode, l'eau oxygénée et le pansement à la gaze iodoformée. Soc. de chir., 1914, pp. 1108 et 1125.

A propos de la réunion primitive des plaies de guerre. Soc. de chir., 24 avril 1918.

Avantages de la suture secondaire précoce des plaies de guerre, par MM. Barthélemy, Morlot et Jeanneney. Rapport à la Soc. de chir., 9 janvier 1918.

Acidose avec collapsus compliquant une plaie de guerre. Injection intraveineuse massive de bicarbonate de soude. Guérison. Observation de M. Desplats. Rapport à la Soc. de chir., 31 juillet 1918.

Gros éclat d'obus recouvert d'un gros fragment symétrique de pantalon rouge et extrait du mollet. Soc. de chir., 1915, p. 232.

Périostoses partant de l'extrémité osseuse des moignons d'amputation. Soc. de chir., 16 février et 5 avril 1916.

Périostoses après les amputations. Observations de M. Chauvel. Rapport à la Soc. de chir., 16 janvier 1918.

Amputation à surface plane. Soc. de chir., 1915 (pp. 1159 et 1169).

La suture primitive dans les plaies graves sans l'adjuvant d'aucune solution antiseptique. Observation de M. Lefèvre. Rapport à la Société de chirurgie, 4 décembre 1918.

EXTRACTION DES PROJECTILES

Appareils électriques et téléphoniques pour la localisation et l'extraction des corps étrangers métalliques. Soc. de chir., 1914 (p. 1391) et *Paris médical*, janvier 1915.

Avec l'appareil de Hedley modifié, avec M. Garin, en y ajoutant un détecteur électrolytique, j'ai pu enlever un fragment d'obus logé très haut dans la plèvre.

Ablation des projectiles sous l'écran.

A) *Ablation des corps étrangers sous le contrôle de la radioscopie*. Arch. gén. de chir., juin 1913.

B) *Premier cas publié d'extraction sous l'écran d'un projectile intrapulmonaire*. Soc. de chir., décembre 1914, p. 1350, et janvier 1915, p. 50.

Nouveau cas d'extraction sous l'écran de projectiles intrapulmonaires, 16 mars 1915.

Troisième cas d'ablation sous l'écran d'un projectile intrapulmonaire, 23 mars 1915.

Cinquième cas d'ablation sous l'écran d'un projectile intrapulmonaire, 9 juin 1915.

Ablation sous l'écran des projectiles intra-osseux. Soc. de chir., 3 novembre 1915.

Ablation sous l'écran des projectiles intra-osseux et intra-articulaires. Journal de méd. et de chir. pratique, novembre 1918.

C) *Ablation des projectiles sous l'écran, avec repérages successifs par le chirurgien lui-même.* Observations de M. H. Petit. Rapport à la Soc. de chir., 8 décembre 1915.

D) *Extraction des corps étrangers sous l'écran.* Observation de M. Civel. Rapport à la Soc. de chir., 27 juin 1917.

E) *Ablation de 251 projectiles sous l'écran.* Observations de M. Petit de la Villeon. Rapport à la Soc. de chir., 1er mars 1916.

F) *368 extractions de projectiles directement sous l'écran.* Observation de M. Brindeau. Rapport à la Soc. de chir., 2 février 1916.

G) *Gants bismuthés protecteurs pour la recherche et l'extraction des corps étrangers sous l'écran.* Soc. de chir., 2 février 1916.

H) *Extraction des projectiles intrapulmonaires et en particulier de ceux du hile.* Observations de M. Ferrari. Rapport à la Soc. de chir., 26 juin 1918.

I) *Extraction des projectiles sous l'écran par la voie latérale.* Observations de M. Rabourdin. Rapport à la Soc. de chir., 26 juin 1918.

J) *Ablation radio-opératoire des projectiles.* En collaboration avec le docteur Bouchacourt. Paris, 1918. Baillière, édit.

K) *L'ablation des projectiles sous l'écran. Les trois modalités de la technique.* Presse médicale, 18 juillet 1918.

Depuis 1913 et à l'exemple de M. Civel et de Wullyamoz, mais suivant une technique différente, j'ai souvent recommandé et pratiqué l'ablation des projectiles directement sous l'écran. L'extraction est très rapide et sans crainte de radiodermite en prenant des précautions, — surtout en mettant les gants que j'ai préconisés.

Cette extraction sous la table radioscopique est de plus en plus employée pour l'extraction des projectiles de la tête, du thorax, de l'abdomen et des membres. C'est une question d'organisation matérielle et d'habitude. Cette méthode est très utile pour les projectiles mobiles ou intra-osseux ou intra-cavitaires ou intra-cérébraux.

Le chirurgien peut opérer en ayant les mains dans les rayons radioscopiques pendant quelques secondes à peine. La recherche des vaisseaux et nerfs, leur écartement, les résections osseuses sont faites à la lumière, naturelle ou électrique ; l'enfoncement de la pince et l'extraction du projectile se font rapidement sous l'écran à la lueur des rayons fluorescents, *l'ampoule, le projectile et l'œil de l'opérateur étant sur la même ligne verticale.*

A) *Extraction des projectiles avec le contrôle dit intermittent par le radiographe et avec l'appareil Bouchacourt.* Observations de M. Bouchacourt. Rapport à la Soc. de chir., 1er mars 1916.

B) *Extraction des projectiles sous le contrôle dit intermittent des rayons*

X par le radiographe. Observations de M. Tissot. Rapport à la Soc. de chir., 6 décembre 1916.

Dans la méthode dite « d'extraction sous le contrôle intermittent des rayons », c'est le radiographe qui porte la bonnette radioscopique et pour guider le chirurgien, il met l'extrémité de la tige indicatrice à l'endroit où se trouve le projectile. L'émission des rayons est alors suspendue et le chirurgien se dirige vers le point de repère indiqué par le radiographe sans voir le projectile, ce qui est un inconvénient.

A) *Quatre cas de blessures par balles probablement explosibles*. Soc. de chir., 1915 (p. 905).
B) *Id., Ibid*. (p. 939).
C) *Balle pulvérisée dans la paume de la main et le poignet*. Soc. de chir., 1915 (p. 1014).
D) *Fragmentations multiples d'un petit éclat d'obus simulant une balle explosive*. Soc. de chir., 1914 (p. 1163).
Blessure de jambe par fragmentations minuscules d'une grenade. Soc. de chir., 1914 (p. 1201).
E) *Fracture communicative du coude. 135 fragments métalliques*. Observation de MM. Dambrien et Zimmern. Rapport à la Soc. de chir., 1915 (p. 1351).

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de fragmentation poussiéreuse de balles et d'éclats d'obus. La possibilité de balles explosives devait être posée. Mais la démonstration en est difficile. Il faudrait trouver dans la plaie le percuteur de la balle explosive. Mais ce percuteur explose également. Dès lors la démonstration est difficile... à moins de trouver des balles explosives dans les cartouchières. C'est ce qui a été fait sur le front autrichien.

COMPLICATIONS INFECTIEUSES DES PLAIES

Phlegmon gazeux du bras; ignipuncture et incision circonférentielle antérieure et postérieure à des hauteurs différentes. Soc. de chir., 1915.

J'avais déjà fait ces incisions pour limiter les phlegmons lymphangitiques du bras. Dans ce cas de phlegmon gazeux, je crois que ces incisions ont limité le foyer gangréneux.

A) *De l'emploi des solutions térébenthinées dans le traitement des plaies contuses, infectées et gangrénées.* Observations de M. Dionis de Séjour. Rapport à la Soc. de chir., 1915 (fig. 750).

J'insiste sur les phlegmons et abcès gazeux bien distincts de la gangrène gazeuse massive dont ils n'ont pas la gravité. J'en ai bien observé une dizaine de cas.

B) *Gangrène gazeuse, forme de lymphangite gangréneuse gazeuse sous-cutanée. Flambage de la plaie avec la teinture d'iode et la cautérisation ignée.* Soc. de chir., 30 juin 1915.

C) *Traitement de la gangrène gazeuse.* Soc. de chir., 1915 (p. 1363).

J'insiste sur une forme à apparition tardive et sur une forme superficielle sous-cutanée.

J'ai essayé tous les traitements : débridements, ignipuncture profonde des tissus, lavage à la teinture d'iode et flambage de la plaie en allumant l'alcool de la teinture d'iode avec le thermocautère enfoncé dans les tissus imbibés de teinture d'iode.

Action préventive du sérum antitétanique. Soc. de chir., 10 juin 1917.

Un cas de tétanos à début scapulaire et un cas de tétanos à début très tardif. Soc. de chir., 1915 (p. 1007).

Dans le 1er cas le début du tétanos commença par des contractures spasmodiques,

véritable tic du bras et de l'épaule. Dans le 2e cas le tétanos débuta 39 jours après la blessure. Le blessé avait été injecté une seule fois après la blessure.

Sporotrichose cutanée des mains et des poignets chez un soldat ayant souvent couché dans la paille. Soc. de chir., 1914 (p. 1350).

TUMEURS

Fibromatose généralisée congénitale. En collaboration avec le docteur Legry. Soc. de chir., 1915 (p. 1156).

Ce cas était un type de la maladie dite « de Reckinghlausen ». L'examen histologique montra qu'il s'agissait de fibrome et non de névrome sous-cutané.

Épithélioma de la cuisse. Ablation en bloc avec les ganglions inguinaux. Soc. de chir., 20 octobre 1915.

Les tumeurs réellement d'origine traumatique. Soc. de chir., 1er mai 1918.

OS

Fracture intercondylienne du fémur. Vissage des fragments. Bon résultat. Observation de M. Legrand (d'Alexandrie). Rapport à la Soc. de chir., 1913 (p. 1237).

Fracture de la rotule en plusieurs fragments. Suture. Rapport sur une observation de M. Legrand (d'Alexandrie). Rapport à la Soc. de chir., 1913 (p. 1237).

Trois cas de fracture compliquée de l'extrémité supérieure du fémur. Soc. de chir., 1914 (p. 1129).

Deux cas de projectiles intra-osseux. Ablation et greffe cartilagineuse immédiate. Soc. de chir., 25 octobre 1916.

Plaies du sacrum et de l'articulation sacro-iliaque. Observation de M. Worms. Rapport à la Soc. de chir., novembre 1918.

Éclatement de l'humérus. Esquillectomie et réunion primitive. Soc. de chir., 21 février 1917.

On sait que l'excision immédiate des tissus contus et contaminés est une méthode de désinfection très employée depuis 1915. Elle m'a réussi dans ce cas grave.

Fracture esquilleuse de l'humérus, élimination de 44 esquilles. Consolidation en pointe. Rapport à la Soc. de chir., 7 juillet 1915 (fig.).

Fractures compliquées du fémur traitées par l'appareil du docteur Delbet. Observations de MM. Marchak et Blanco. Rapport à la Soc. de chir., 28 juillet 1915.

Fracture sus-condylienne du fémur traitée par la broche de Steinmann. Observations de M. Fresson. Rapport à la Soc. de chir., octobre 1918.

Fracture marginale postérieure du tibia. Appareil Delbet. En collaboration avec M. Marchak. Soc. de chir., juillet 1915.

Gros éclatement du tibia avec perte de substance. Implantation du fragment inférieur dans le canal médullaire du fragment supérieur. Bonne consolidation. Soc. de chir., 6 février 1918 (fig.).

Fracture marginale externe du tibia. Soc. de chir., 1913, n° 3.

Fracture verticale de l'astragale et énucléation du fragment postérieur. Soc. de chir., 14 avril 1914 (fig.).

Masticage avec la poudre d'ivoire iodoformée pour combler une cavité osseuse. Soc. de chir., 19 juillet 1916.

Pseudarthrose du tibia traitée par la greffe osseuse centrale avec un fragment du péroné du côté correspondant. Soc. de chir., 20 décembre 1916 (fig.).

Pseudarthrose humérale de guerre avec élargissement des extrémités osseuses. Soc. de chir., 6 juin 1917 (fig.).

GREFFES OSSEUSES

Treize cas de greffes osseuses. Soc. de chir., 1913, n° 27, et Congrès international de Médecine, Londres, août 1913.

Chondrosarcome de la diaphyse tibiale. Évidement. Récidive. Résection de la diaphyse tibiale et transplantation du péroné. Soc. de chir., 1914 (p. 946).

Id. Résultat éloigné. Soc. de chir., 1915 (p. 1388).

Sarcome tibial. Greffe péronière, épaississement fonctionnel du greffon péronier. Soc. de chir., 30 juin 1915 (fig.).

Récidive 15 mois après la greffe. Amputation de jambe, présentation du péroné hypertrophié. Soc. de chir., 20 octobre 1915 (fig.).

Résultat éloigné d'une implantation osseuse centrale pour fracture fermée du tibia. Hyperostose très marquée. Résorption progressive du greffon. Soc. de chir., 10 janvier 1917 (fig.).

Greffes osseuses pour réparer des pertes osseuses diaphysaires par plaies de guerre. Observations de MM. Coryllos et Dujarrier. Rapport à la Soc. de chir., 20 septembre 1916 (fig.).

Grosse perte de substance du tibia. Autogreffe péronière. Soc. de chir., 26 juillet 1916 et 8 novembre 1916 (fig.).

Deux cas de greffes osseuses pour perte de substance du cubitus. Soc. de chir., 12 avril 1916 (fig.).

Bon résultat éloigné d'une longue greffe osseuse tibiale au bout de 14 mois. Soc. de chir., 30 mai 1917 (fig.).

Autogreffe pour perte de substance du cubitus. Soc. de chir., 28 juin 1916.

Homogreffe pour perte de substance du radius. Soc. de chir., 28 juin 1916.

Résultat éloigné d'une « homogreffe » radiale au bout de 45 mois. Atrophie notable du greffon. Soc. de chir., 24 juillet 1918.

Greffes osseuses pour plaies de guerre. Observations de MM. Neumann, Gernez et Autefage. Rapport à la Soc. de chir., 17 juillet 1918.

Manuel opératoire des greffes osseuses. In Leçons de chirurgie de guerre.

Greffes osseuses segmentaires pour réparer les pertes de substance des os. Congrès de chir., octobre 1918.

Les greffes osseuses segmentaires réussissent assez souvent. Il ne faut pas se laisser arrêter par les insuccès assez nombreux. Il faut éviter les hématomes et l'infection si fréquente du fait des manipulations si multiples pendant l'opération. Il faut ne toucher le greffon qu'avec des pinces; la greffe doit être implantée dans les canaux médullaires des fragments pour que sa nutrition soit bonne. Si elle est mal nourrie, elle s'atrophie et se résorbe.

Dans les plaies de guerre, la région reste longtemps infectée. Mais il ne faut pas abuser de ce microbisme latent et prolongé pour expliquer les insuccès.

Sarcome central à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia. Résection de l'épiphyse tibiale et implantation de la diaphyse tibiale entre les deux condyles fémoraux. Bon résultat fonctionnel. Soc. de chir., 1914 (p. 240).

Résultat éloigné, après quatre ans et demi, d'une résection de l'extrémité supérieure du tibia pour sarcome à myéloplaxes suivie d'implantation du tibia dans le fémur entre ces deux condyles. Soc. de chir., 8 mai 1918.

Exostoses de croissances du péroné, du fémur et d'une phalange. Soc. anatomique, avril 1918 (fig.).

OSTÉOSYNTHÈSE ET PROTHÈSE D'IVOIRE

Perte de substance de l'humérus. Rapprochement des extrémités et leur maintien par une bague en ivoire et fenêtrée laissée à demeure. Bon résultat. Soc. de chir., 30 janvier 1917.

Cette bague ou manchon est un véritable bouton anastomotique. Je pense qu'à la longue il doit se résorher. De plus, je pense que l'ivoire excite l'ostéogénèse de tous les tissus voisins, os et parties molles.

Fracture de l'extrémité inférieure du tibia avec gros déplacement. Plaques fixatrices en ivoire et fenêtrées. Bon résultat. Soc. de chir., 30 janvier 1917 (fig.).

Fracture compliquée des deux os de l'avant-bras, avec gros déplacement en dedans. Ostéosynthèse avec des bagues d'ivoire fenêtrées laissées à demeure. Bon résultat. Soc. de chir., 11 juillet 1917 (fig.).

Perte de substance de l'extrémite supérieure de l'humérus. Prothèse d'ivoire. Soc. de chir., 17 avril 1918.

Fracture du la tubérosité externe du tibia avec genu valgum. Fixation du fragment externe avec des tiges d'ivoire. Très bon résultat immédiat. Soc. de chir., 6 février 1918.

Depuis quatre ans, j'ai utilisé :

1° Des plaques fixatrices en ivoire et fenêtrées pour traiter des fractures et des pseudarthroses;

2° Des bagues d'ivoire pour fixer des pertes de substances diaphysaires;

3° Des plaques d'ivoire perforées pour prothèse cranienne;

4° Des pièces d'ivoire épiphysaires ou diaphyso-épiphysaires, ayant la forme de l'extrémité articulaire;

5° De la poudre d'ivoire mélangée à de l'iodoforme, pour combler des cavités osseuses.

Quand elles sont très minces les plaques d'ivoire doivent se résorber à la longue après avoir rempli leur rôle de fixation et d'excitants ostéogéniques.

Quant aux pièces prothétiques épiphysaires, je n'ai pu qu'une seule fois obtenir une réunion par première intention après leur application. Cette question intéressante est encore à l'étude.

La composition chimique de l'ivoire se rapprochant beaucoup de celle de l'os, la prothèse d'ivoire doit donner de bons résultats.

ARTICULATIONS

Disjonction traumatique de la symphyse pubienne chez un cavalier. Soc. de chir., 8 décembre 1915 (fig.).

Disjonction de l'articulation sacro-iliuque. Observation de M. Croisier. Rapport à la Soc. de chir., 5 janvier 1916.

Balle de shrapnell incluse dans le condyle de l'humérus. Ablation. Guérison avec une notable mobilité articulaire. Soc. de chir., 1915 (p. 321).

Balle déformée en bouton de chemise et incluse à la fois en dedans et en dehors de la synoviale du genou. Soc. de chir., 1915 (p. 311).

Éclats d'obus dans le genou. Ablation. Raideur persistante du genou. Soc. de chir., 1914 (p. 1282).

Ablation de fragments d'obus et de fragments de rotule dans le genou. Soc. de chir., 1915 (p. 64).

Résection de l'épaule par la voie postérieure. Observation de M. de Fourmestraux. Rapport à la Soc. de chir., 5 juillet 1916.

Résections primitives de l'épaule avec myoplasties secondaires. Observation de M. Latarjet. Rapport à la Soc. de chir., 8 mai 1918.

Plaies de l'épaule. Résections primitives. Observation de M. Bertein. Rapport à la Soc. de chir., 8 mai 1918.

Plaies du coude. Résection primitive. 21 observations de M. Soubeyran.

Résection du coude par incision latérale externe. Observation de M. Alglave. Rapport à la Soc. de chir., 3 mai 1916.

Plaies de la hanche. Résection primitive et précoce. Observations de MM. de Fourmestraux et Marchak. Rapport à la Soc. de chir., 13 juin 1917.

Plaies de l'articulution du genou, traitées par l'excision des tissus contus

et la réunion primitive. Observation de M. Derache. Rapport à la Soc. de chir., 18 octobre 1916.

71 cas de plaies pénétrantes de l'articulation du genou. Observations de M. Stern.. Rapport à la Soc. de chir., 25 juillet 1917.

Rotulectomie pour plaies du genou. Résultats fonctionnels. Par MM. Stern et Mornard. Rapport à la Soc. de chir., 25 juillet 1917.

Perte de substance de l'extrémité supérieure de l'humérus. Impotence complète du bras. Régularisation de l'extrémité humérale et accolement contre la cavité glénoïde, le membre étant en abduction. Bon résultat fonctionnel. Soc. de chir., 12 juillet 1916 (fig.).

Épaules ballantes traitées par l'immobilisation plâtrée en abduction. Observation de M. Dionis du Séjour. Rapport à la Soc. de chir., 17 avril 1918.

Épaule ballante par perte de substance osseuse. Transplantation musculaire du grand pectoral, en avant, et du grand rond et du grand dorsal en arrière et du trapèze entre les deux. Soc. de chir., 3 juillet 1918.

Coude ballant complètement impotent après une résection large du coude. Implantation dans l'humérus de l'extrémité apointée du cubitus. Soc. de chir., 20 juin 1917 (fig.).

Cette technique d'arthrodèse n'avait pas encore été employée.

Genou ballant après résection de l'extrémité inférieure du fémur. Implantation dans le tibia du fémur taillé en pointe. Bon résultat. Soc. de chir., 18 octobre 1916 (fig.).

Ce procédé d'arthrodèse n'avait pas encore été employé.

Genoux ballants très améliorés par les injections de chlorure de zinc dans l'épaisseur de la capsule articulaire. Soc. de chir., 24 juillet 1918.

Arthrodèse par astragalectomie temporaire dans le pied équin ballant après destruction étendue du nerf sciatique poplité externe. Observation de M. R. Leriche. Rapport à la Soc. de chir., 27 septembre 1916.

Synostose radio-cubitale inférieure. Section osseuse et interposition de tissu cellulaire. Soc. de chir., 17 juillet 1918.

Luxation de l'épaule en arrière. Soc. de chir., 1er mai 1918.

MUSCLES. TENDONS

Ostéomes musculaires. Soc. de chir., 29 janvier 1913.

Periostéomes traumatiques. Observations de M. Rocher. Rapport à la Soc. de chir., 6 décembre 1916.

Hernie musculaire de l'extenseur commun des orteils; greffe aponévrotique avec le fascia lata. Soc. de chir., 17 novembre 1915 (fig.).

Greffes de fascia lata pour hernies musculaires, lésions tendineuses, hernies viscérales, couvertures d'enveloppe des nerfs désenclavés. Observations de MM. Bailleul et Picot. Rapport à la Soc. de chir., 25 avril 1917.

Impotence fonctionnelle des muscles péroniers par adhérence cicatricielle à la peau du corps charnu. Libération; guérison fonctionnelle. Soc. de chir., 1er décembre 1915.

Impotence fonctionnelle des muscles extenseurs des doigts et du cubital postérieur par adhérence cicatricielle du corps charnu à la peau. Libération; greffe graisseuse. Guérison fonctionnelle. Soc. de chir., 1er décembre 1915.

Plaie de l'avant-bras. Syndrome de Volkmann par adhérence à la peau des muscles fléchisseurs des doigts. Soc. de chir., 22 septembre 1915.

Anastomoses tendineuses multiples après perte de substance totale du corps charnu des muscles extenseurs des doigts. Bon résultat. Soc. de chir., 28 février 1917.

Anastomoses tendineuses pour les cas de paralysie définitive du nerf radial (3 cas). Bon résultat fonctionnel. Soc. de chir., 10 octobre 1917. — *Nouvelle observation*, Soc. de chir., 30 avril 1918; Thèse Massart, juillet 1918, et Congrès de chirurgie, octobre 1918.

Dans ces quatre cas j'ai détaché en avant le cubital antérieur, le grand et le petit

palmaire, je les ai fait passer à la face dorsale et les ai anastomosés avec les tendons des radiaux et des extenseurs. Ceux-ci ont été plissés sur une longueur de 1 à 2 centimètres. Les blessés ont été très améliorés.

Ténotomie oblique du tendon d'Achille. Soc. de chir., 9 mai 1917.

VAISSEAUX

Hématome diffus du creux de l'aisselle par plaie de l'artère axillaire. Compression complète des nerfs du creux de l'aisselle et paralysie totale du membre. Incision de l'hématome; pince à demeure sur l'artère axillaire. Mort de choc. Soc. de chir., 1914 (p. 1158).

Hémorragies secondaires dans les plaies de guerre. Soc. de chir., 1914 (p. 1225).

Hémorragie secondaire par ulcération de l'artère humérale au contact de la pointe d'un fragment de balle. Soc. de chir., 1915 (p. 322).

Plaie du cou, ligature de la carotide primitive, sans accidents. Observation de M. Croisier. Rapport à la Soc. de chir., 5 janvier 1916.

Éclat d'obus dans le creux poplité. Hémorragie grave au cours de l'ablation; ligature de l'artère poplitée; sphacèle des muscles péroniers et du bord externe du pied. — Amputation longitudinale externe du pied. Soc. de chir., 1er décembre 1915 (fig.).

Plaie étanche de l'artère poplitée et gangrène gazeuse. Rapport sur une observation de M. Ferrari. Soc. de chir., novembre 1917.

Suture de l'artère fémorale lésée en enlevant des ganglions inguinaux néoplasiques en bloc avec la tumeur vulvaire. Soc. de chir., 20 octobre 1915 (fig.).

Anévrysmes artériels et artério-veineux. Observations de MM. Escat, Jacomet et Varda. Rapport à la Soc. de chir., 13 décembre 1916.

Anévrysme artério-veineux à la terminaison de la carotide primitive droite. Résection. Résultat éloigné. Soc. de chir., 3 janvier 1917.

Anévrysme artério-veineux entre la jugulaire interne et la carotide primitive. Soc. de chir., 26 juillet 1916 et 29 novembre 1916.

Anévrysme artério-veineux axillaire. Résection. En collaboration avec M. Ch. Monod. Soc. de chir., 17 novembre 1915.

Anévrysme artério-veineux des vaisseaux axillaires à leur origine. Résection. Guérison. Soc. de chir., 1er mars 1916.

Anévrysme cirsoïde de l'avant-bras, anévrysme artério-veineux du poignet et anévrysme artériel du coude chez le même sujet. Soc. de chir., 20 septembre 1916. — *Résultat éloigné de l'opération.* Soc. de chir., 3 janvier 1917.

Anévrysme artério-veineux du triangle de Scarpa. Soc. de chir., 17 mai 1916.

Anévrysme artério-veineux, hématome péri-anévrysmal. Soc. de chir., 7 juillet 1915.

Anévrysme artério-veineux au tiers supérieur de la cuisse. Résection. Guérison avec gêne dans la marche. Soc. de chir., 27 octobre 1915.

Anévrysme artério-veineux des vaisseaux fémoraux. Sutures vasculaires impossibles. Résection. Guérison avec le genou en légère flexion. Soc. de chir., 1915 (p. 1305).

Anévrysme artério-veineux du creux poplité. Résection de la veine, suture de l'artère. Soc. de chir., 3 janvier 1917.

Les cas de suture artérielle ont été rares en chirurgie de guerre, car les anévrysmes et les vaisseaux voisins sont entourés de tissu fibreux abondant, ce qui rend la suture rarement applicable.

NERFS

Deux cas de Maladie de Little : 1° Ténotomies, arthrodèses et anastomoses tendineux dans le 1er cas; 2° section partielle et anatomique des nerfs suivant la technique de Stoffel dans le 2e cas. Soc. de chir., 1914 (p. 1478).

Dans le 2e cas j'ai fait, en outre, le retroussement dans les muscles voisins de la moitié sectionnée du nerf, afin d'éviter la régénération totale du nerf. Après cette section partielle du nerf, la contracture fut très atténuée, mais la malade n'a pu être suivie assez longtemps.

Troubles moteurs d'origine psychique chez les blessés militaires. Soc. de chir., 1914 (p. 1290).

Main d'accoucheur par hypertonie réflexe après une plaie en séton du bras. Soc. de chir., 22 mars 1916 (fig.).

Je rapporte des exemples de contractures et des exemples de paralysies psychiques, conscientes ou inconscientes. Cela rappelle la sinistrose des accidentés du travail; quelques-uns de mes blessés paralysés ou contracturés avaient des antécédents nerveux héréditaires.

Plaies simultanées des gros vaisseaux et des gros troncs nerveux. Soc. de chir., 21 juillet 1915.

Je rapporte cinq observations. Du fait des lésions vasculaires l'anesthésie cutanée empiète sur le territoire des nerfs voisins non lésés.

Trente-six cas de plaies des nerfs. Soc. de chir., 1915 (p. 521).

Contusion ou commotion à distance du nerf crural. Paralysie totale.

Appareil élastique pour favoriser la marche. Soc. de chir., 28 juillet 1915 (fig.).

Commotion et contusion à distance des nerfs. En collaboration avec M. Navarre. *Paris médical*, 9 octobre 1915 (fig.).

Dans cet article nous insistons sur la commotion et sur la contusion nerveuse à distance par le projectile, ce qui explique les troubles nerveux observés lorsque le trajet du projectile n'est pas en rapport avec le nerf.

Grosse plaie de l'avant-bras par éclatement. Compression cicatricielle progressive du nerf cubital. Soc. de chir., 1915 (p. 231).

Désenclavement du nerf radial. Isolement du nerf avec une lamelle de caoutchouc repliée en gouttière. Soc. de chir., 7 juillet 1915 et 8 mai 1918.

Ayant noté le retour de la compression fibreuse du nerf, après désenclavement et interposition musculaire, j'ai englobé le nerf dans une lamelle de caoutchouc fin et fenêtrée. Le résultat a été bon.

J'ai interposé également des lamelles caoutchoutées sous les tendons fléchisseurs des doigts adhérents, comme l'avait fait déjà le professeur Pierre Delbet.

Quatre cas d'intervention pour plaie du plexus brachial. Soc. de chir., 1915 (p. 1212).

Paralysie douloureuse du nerf médian droit. Douleur au contact de la main gauche (synesthésie algique). En collaboration avec le docteur Souques. Soc. de chir., juillet 1915.

Plaie du nerf sciatique. Adhérences nombreuses justifiant la résection du nerf englobé. Apparition d'une eschare talonnière après résection. Soc. de chir., 1915 (p. 1207).

Sutures nerveuses tubulaires avec des trachées de petits animaux conservées dans une solution formolée. Soc. de chir., 8 décembre 1915 (fig.).

Appareil pour paralysie radiale de MM. Mouchet et Anceau. Rapport à la Soc. de chir., 23 février 1916

Esquilles incluses dans le tronc du nerf sciatique. Soc. de chir., 10 mai 1916.

Enveloppe de balle incluse en partie dans le tronc du sciatique. Soc. de chir., 17 mai 1916.

Compression fibreuse partielle du tronc du nerf sciatique. Paralysie limitée au sciatique poplité externe. Appareil à traction élastique simplifié. Soc. de chir., 2 février 1916 (fig.).

Plaie incomplète des nerfs. Troubles paralytiques partiels du nerf (fig.). Soc. de chir., février 1914 et mars 1916 (p. 1234).

Je rappelle la théorie de Stoffel ou théorie de la topographie anatomique dans les troncs nerveux. Récemment, Stoffel a de nouveau affirmé sa théorie après avoir observé des plaies nerveuses pendant la guerre.

Énucléation des névromes intra-nerveux. Soc. de chir., 6 octobre 1915.

Traitement des plaies des nerfs. Paris médical, juillet 1917, et Congrès de chir., octobre 1918.

J'insiste sur les désenclavements des nerfs, les anastomoses, les greffes, et sur l'accolement nerveux d'un nerf voisin, accolement en pont, entre les deux extrémités qui, trop distantes, ne peuvent être rapprochées. Je pense que les masses de tissu fibreux périnerveux et endonerveux sont dues aux hématomes périnerveux et endonerveux. Je fais sur les quatre faces des nerfs des incisions et des excisions fibreuses libératrices.

Autogreffe nerveuse empruntée au tronc du nerf sciatique. Greffes par approche en pont nerveux. Congrès de chir., octobre 1918.

TÊTE, COU

Autogreffe cranienne empruntée à la tubérosité iliaque et homogreffe séreuse interméningo-encéphalique. Soc. de chir., 1914 (p. 114).

Le malade avait une perte de substance traumatique de la région occipitale.
Je fis la greffe d'un sac hernaire provenant d'un autre malade reconnu sain, puis dans la tubérosité iliaque postérieure, j'ai découpé plusieurs fragments. Le plus large, ayant 4 cm. × 2 cm., fut placé sur la brèche osseuse. La greffe a bien tenu.
Les greffes osseuses, quand elles sont possibles, c'est-à-dire quand la perte de substance n'est pas trop grande, me paraissent préférables aux lames métalliques.

Bon résultat éloigné d'une trépanation décompressive pour céphalée chronique et troubles oculaires. Soc. de chir., 15 décembre 1915.

Recherche d'une balle intrapétreuse avec l'appareil de Hirtz. Soc. de chir., 1914 (p. 559).

Otite, mastoïdite, méningite suppurée. Drainage par un volet ostéo-cutané temporal. Soc. anat., 1900 (p. 1072).

Balle intra-orbitaire localisée avec l'appareil de Hirtz. Soc. de chir., 1914 (p. 561).

Plaies tangentielles du crâne, esquilles tardives par nécrose secondaire du rebord osseux. Soc. de chir., 1915 (p. 1093).

Plaies du crâne. Observations de MM. Derache, Tissot, Rottenstein et Raulin. Rapport à la Soc. de chir., 15 mars 1916.

J'insiste, dans ce rapport, sur les essais de drainage de la face latérale et de la base du crâne.

Ablation sous l'écran d'un éclat d'obus intra-cérébral. Soc. de chir., 18 janvier 1916 (fig.).

Ablation sous l'écran d'une balle de revolver intra-cérébrale avec esquille adhérente. Soc. de chir., mai 1916.

Extraction des projectiles intra-craniens avec l'électro-aimant. Rapport sur les observations de MM. Haurard et Jansen. Soc. de chir., 10 octobre 1917.

Commotion cérébrale intense avec mutisme et surdité psychiques. Soc. de chir., 5 janvier 1916.

Résultats éloignés infectieux et intellectuels des plaies du crâne. Rapport sur les observations de M. Lapeyre. Soc. de chir., 14 novembre 1917.

Cranioplastie pour encéphalocèle traumatique et pour une méningocèle congénitale. Soc. de chir., 1913 (p. 1542).

Dans le 1[er] *cas*, il s'agissait d'une perte de substance du crâne ayant approximativement 5 cm. × 5 cm., mais à contours irréguliers. Il y avait une encéphalocèle notable. Pour remplacer la dure-mère, j'ai greffé un fragment de *fascia lata* et par-dessus l'angle inférieur de l'omoplate emprunté au sujet lui-même. Une fistule persiste et j'ai dû enlever la greffe osseuse. L'encéphalocèle fut néanmoins améliorée.

Dans le 2[e] *cas*, il s'agissait d'une méningocèle occipitale congénitale. J'ai emprunté la greffe osseuse au grand trochanter de l'enfant. La greffe a bien tenu et la méningocèle ne reparut pas.

Transplantation osseuse pour oblitérer une perte de substance du crâne. Soc. de chir., 1915 (p. 940).

Prothèse cranienne avec des plaques d'ivoire perforées. Soc. de chir., 12 janvier 1916, 23 février 1916, 10 mai 1916 (fig.).

Cranioplastie avec greffon osseux trochantérien. Soc. de chir., 20 septembre 1915.

Pertes de substance du crâne. Réparation par les greffes et la prothèse. Observations de MM. Leclerc et Walch. Rapport à la Soc. de chir., 13 septembre 1916.

Étude complète sur les cranioplasties et les prothèses craniennes.

J'ai essayé tous les procédés de cranioplastie : cartilagineuse, osseuse et la prothèse avec des plaques d'ivoire fenêtrées. Les cranioplasties sont indiquées quand il n'y a pas d'hyperpression du liquide encéphalo-rachidien.

Pour éviter les adhérences cérébrales j'ai greffé un débris de séreuse (sac herniaire, tunique vaginale) pour remplacer l'arachnoïde, et un fragment de *fascia lata* pour remplacer la dure-mère.

Micrognathie après ostéomyélite du maxillaire inférieur. Opérations ostéoplastiques préconisées. Soc. de chir., 27 octobre 1915 (fig.),

Grande plaie de la face. Cicatrisation avec grande amélioration spontanée. Soc. de chir., 27 octobre 1915 (fig.).

Atrophie de la parotide après une suppuration prolongée de la région. Soc. de chir., 1915.

Fistule du canal de Sténon entretenue par un séquestre de l'os malaire. Soc. de chir., 30 juin 1915.

Fistules parotidiennes traitées par la résection du nerf auriculo-temporal. Observation de M. Dieulafé. Rapport à la Soc. de chir., 18 avril 1917.

Plaie du massif facial supérieur et de la région pharyngo-œsophagienne avec séparation complète de la balle et de son enveloppe. Balle dam-dum (?). Soc. de chir., 1914 (p. 1202).

Fracture du maxillaire inférieur avec inclusion dans l'os pendant 50 jours d'un gros fragment d'obus. Soc. de chir., 1914 (p. 1239).

Autoplastie du cou par un lambeau en cravate pour des cicatrices multiples après brûlures. Soc. de chir., 1914 (p. 158).

Torticolis récidivant après trois ténotomies et une petite résection du faisceau claviculaire du muscle sterno-mastoïdien. Soc. de chir., 1915 (p. 1194).

Opération. Entrée de l'air dans la veine jugulaire. Soc. de chir., 28 juillet 1915.

Shrapnell de la région ptérygo-maxillaire, ablation sous l'écran. Soc. de chir., 6 octobre 1915 (fig.).

Tumeur de la joue. Soc. anat., 1910 (p. 196).

RACHIS. MOELLE

Deux cas de trépanation du rachis. Trépanation décompressive pour paraplégie pottique. In thèse de Gendron, Paris 1913.

Crises gastriques du tabes. Opération de Francke. Amélioration. Soc. de chir., 1913 (pp. 1068 et 1290) et Soc. médicale des hôpitaux, 30 mai 1913.

Huit cas de plaie de la moelle. Soc. de chir., 1914 (p. 1128).

Plaie antéropostérieure de l'abdomen. Plaie tangentielle de la moelle. Soc. de chir., 30 juin 1915.

Shrapnell dans le canal rachidien, intra-rachidien enlevé sous l'écran. Leçons de chirurgie de guerre.

Balle de revolver dans le canal rachidien. Ablation. Leçons de chirurgie de guerre.

Hématorachis. Régression spontanée des troubles fonctionnels de compression. Soc. de chir., 1914 (p. 1203).

Idem. Soc. de chir., 1915 (p. 609).

Plaie du rachis par éclat de bombe. Hématorachis. Ablation d'esquilles multiples intra-rachidiennes Guérison. Soc. de chir., 31 juillet 1918.

Luxation de la 5e vertèbre lombaire. Réduction. Observation de M. Guyot. Rapport à la Soc. de chir., 3 février 1918.

POITRINE

Résection costale pour emphysème et pour scoliose grave. Soc. de chir., 1914 (p. 57).

Mammite noueuse chronique unilatérale. Soc. de chir., 21 juin 1916.

Médiastinite suppurée rétrosternale après coup de feu en séton du thorax antérieur. Soc. de chir., 17 mai 1916.

Grosse plaie de poitrine. Effondrement du thorax. Expansion progressive du poumon. Pas de suppuration pleurale. Immunisation de la séreuse contre la suppuration. Soc. de chir., 13 décembre 1916.

Vingt-neuf cas de plaies pleuro-pulmonaires. Soc. de chir., 1915 (p. 76).

Plaies de poitrine par projectiles. Indications du traitement immédiat. Soc. de chir., 28 février 1917.

Je rappelle les discussions à la Société de chirurgie de 1913 pour l'intervention immédiate dans les cas d'hémorragies pulmonaires très graves. Je rapporte deux observations dans lesquelles j'ai fait la ligature de la plaie pulmonaire chez un blessé et la ponction évacuatrice partielle chez l'autre blessé.

A) *Fragment d'obus logé superficiellement dans les poumons et enlevé sous le contrôle de la radioscopie.* Soc. de chir., 1914 (p. 1350) et 1915 (p. 14).

B) *Balle de shrapnell logée superficiellement dans le poumon. Ablation sous le contrôle de la radioscopie* (fig.). Soc. de chir., 1915 (p. 659).

C) *Troisième cas d'ablation sous le contrôle de la radioscopie d'un corps étranger métallique logé superficiellement dans le poumon.* Soc. de chir., 1915 (pp. 736 et 772).

D) *Quatrième cas.* Soc. de chir., 1915 (p. 1157).

E) *Ablation d'une balle localisée superficiellement dans le poumon avec l'appareil de M. Infroit.* Soc. de chir., 1915 (p. 1157).

Idem. Rapport sur les observations de M. Petit de la Villeon. Soc. de chir., 3 novembre 1915.

G) *Extraction sous l'écran d'un projectile intrapulmonaire après essai, d'ablation à ciel ouvert.* Observation de M. Guyot. Rapport à la Soc. de chir., 7 février 1917.

Balle mobile intrapleurale. Ablation sous l'écran. Observation de MM. Gouillioud et Ancelin. Rapport à la Soc. de chir., 3 novembre 1915.

Abcès du poumon autour d'un éclat d'obus. Ablation sur la table radioscopique. Rapport sur une observation de M. Rastouil. Soc. de chir., 12 décembre 1917.

H) *Cinq cas d'ablation de projectiles intrapulmonaires superficiels suivie de complications légères.* Soc. de chir., 26 janvier 1916.

I) *Ablation sous l'écran des projectiles de la zone superficielle et de la zone moyenne du poumon après thoracotomie minima.* Congrès de chir., octobre 1918.

Cinq extractions primitives de projectiles intrapulmonaires, par M. Debaisieux. Rapport à la Soc. de chir., 9 janvier 1917.

A propos de l'extraction de projectiles intrapulmonaires. Soc. de chir., 23 janvier 1918.

Hémoptysies répétées par projectiles intrapulmonaire. Ablation sous l'écran, après thoracotomie minima. Hémorragie pulmonaire nécessitant le tamponnement. Soc. de chir., 21 mai 1918.

Le premier cas publié d'extraction de projectile pulmonaire fut celui que j'ai présenté en décembre 1914 à la Société de chirurgie. J'ai opéré sur la table radioscopique et à la lumière des rayons fluorescents. Je n'ai opéré que des projectiles relativement superficiels, au maximum à 5 ou 6 centimètres dans l'épaisseur du poumon.

S'il s'agissait d'éclats profonds provoquant des accidents, j'opérerais sur la table radioscopique, pour voir l'éclat souvent déplacé par le pneumothorax et pour me repérer moi-même de temps en temps. L'extraction serait faite à la lumière électrique ou naturelle en plèvre libre, comme l'a recommandé M. P. Duval, pour pouvoir arrêter les hémorragies possibles venant des gros vaisseaux pulmonaires hilaires.

Fistule broncho-cutanée après une plaie de poitrine, traitée par la résection costale et la greffe de fascia-lata. Soc. de chir., 13 octobre 1915.

Énorme plaie de poitrine et très vaste fistule pleurale, thorax très souple et se rétrécissant rapidement pour combler la grande cavité pleurale. Soc. de chir., 13 octobre 1915.

Grande fistule pleurale traitée successivement par plusieurs méthodes : résections costales, décortication pulmonaire, réapplication de la peau sur la plèvre viscérale avivée. Mobilisation pulmonaire. Soc. de chir., 1913 (p. 796).

Plaie de poitrine ; lésion de l'artère du ligament triangulaire du poumon, par M. Soubeyran et Trillot. Rapport à la Soc. de chir., 13 mars 1918.

194 cas de plaies de poitrine suivies de 21 thoracotomies. Rapport à la Soc. de chir., 13 mars 1918.

ABDOMEN

Dépressions congénitales multiples suivant une ligne verticale le long de la ligne blanche. En collaboration avec le docteur P. Tissier. Soc. de chir., 1915 (p. 1307).

Invaginations de l'estomac dans le pylore par une tumeur de la grosse tubérosité. Observation de M. Dieulafé et Balylac. Rapport à la Soc. de chir., 12 juin 1918.

Plaie antéro-postérieure en séton de l'abdomen dans la région épigastrique. Petite plaie de la moelle avec hémiplégie temporaire. Soc. de chir., 1915 (p. 1387).

Balle entrée par le 3e espace intercostal droit et logée à la face interne de l'épine sciatique. Ablation par décollement sous-peritonéal de la fosse iliaque. Soc. de chir., 9 janvier 1918.

Deux cas de plaie du foie. Soc. de chir., 1915 (p. 111).

Balle logée contre le ligament coronaire du foie et localisée avec la table radiologique du docteur Vialet. Rapport sur la table radiologique de M. Vialet. Soc. de chir., 1915 (p. 1065).

Balle paradiaphragmatique. Ablation par une incision verticale le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit. (fig.). Soc. de chir. 1915 (p. 660).

Fragment de balle au niveau de l'angle iléo-cæcal. Ablation (fig.). Soc. de chir., 1915 (p. 768).

Ablation d'une balle logée dans le muscle psoas (fig.). Soc. de chir. 1914 (p. 1178).

Shrapnell enkysté sur la paroi antérieure du col ascendant. Ablation rapide à la lumière électrique et sous le contrôle des rayons X, le chi-

rurgien se guidant lui-même sous l'écran. Soc. de chir., 31 octobre 1916 (fig.).

Ascite traitée par le drainage sous-cutané permanent avec un tube en T en caoutchouc laissé à demeure (fig.). Soc. de chir., 1915 (p. 829).

La malade garda ce drain pendant neuf mois. Le drain était sous la peau par la branche horizontale et dans le ventre par la branche verticale. La malade succomba au bout de neuf mois.

Drainage sous-cutané dans les éléphantiasis et ascites. Soc. de chir., 10 janvier 1917.

Lipomatose rétropéritonéale diffuse et progressive. Extirpation partielle. Soc. de chir., 1913 (p. 1746).

Cinq cas d'estomac biloculaire. Résultats éloignés des interventions (fig.). Soc. de chir., 1914 (p. 1060).

Je résume les cas que j'ai observés.

1er cas. — Sténose médiogastrique paraissant simplement cicatricielle. Résection médiogastrique. Deux ans après, vomissements bilieux persistants. Nouvelle laparotomie et nouvelle gastro-entérostomie postérieure, la première ne fonctionnant peut-être pas bien. Un mois après, nouveaux vomissements. Troisième laparotomie et entéro-anastomose entre les deux bouts de l'anse afférente. Disparition des vomissements. Il y avait une péritonite plastique adhésive au niveau des deux bouts de l'anse afférente, d'où coudure intestinale. Six mois après, cachexie cancéreuse progressive et mort. Le rétrécissement médiogastrique n'était pas simplement fibreux, mais déjà néoplasique.

2e cas. — Rétrécissement médiogastrique et sténose pylorique. J'ai fait la gastro-gastrostomie et étant donnée la déformation de l'estomac j'ai pratiqué la gastro-entérostomie postérieure sur la poche supérieure. Les suites éloignées de l'opération ont été très bonnes. La radioscopie gastrique montre que le bismuth passait rapidement dans la poche inférieure puis par le pylore qui était redevenu perméable.

3e cas. — Rétrécissement médio-gastrique. Gastro-entérostomie postérieure sur la poche supérieure. Bon résultat

4e cas. — Estomac très déformé avec des adhérences inextricables. Seule une partie de la région antérieure parapylorique était abordable. Je fis une gastro-entérostomie antérieure sur cette surface d'accès croyant surtout à une sténose pylorique. Décès quelques jours après. A l'autopsie j'ai constaté une petite poche cardiaque passée inaperçue au moment de l'opération.

5e cas. — Rétrécissement médiogastrique et sténose pylorique; simple observation clinique et radioscopique.

Infractus intestinal hémorragique. Soc. de chir., 16 février 1916.

Centenaire opérée pour hernie étranglée, opération avec anesthésie locale. Soc. de chir., 22 septembre 1915.

Accidents péritonéaux occlusifs au cours de la grossesse. En collaboration avec le docteur P. Tissier. Soc. d'obstétrique et de gynécologie, mars 1913.

Les péricolites membraneuses. Clinique *in* Bulletin médical, mai 1918.

Je rapporte plusieurs observations de malades suivis longtemps après l'opération.

Stase fécale dans le cæcum](fig.). *Cæcoplicatures et cæcopexies* (fig.). Soc. de chir., 1913, n° 23.

Je rapporte les essais de cæcoplicature et de cæcopexie pour traiter la cæcoptose et la cæco-dilatation qui simulent ou compliquent l'appendicite.

Kystes gazeux de l'intestin. Soc. de chir., 1914 (p. 683), et Archives gén. chir., 1914 (fig.).

J'ai pu réunir 58 observations semblables. Ce sont des amas de petits kystes gazeux disséminés en paquets sur l'intestin, le grêle surtout. Les gaz contenus ont la composition de l'air. Les théories pathogéniques : infectieuses, mécaniques, néoplasiques sont très obscures. Le diagnostic n'est pas possible et le plus souvent on avait cru à une péritonite tuberculeuse. L'entéro-anastomose, la résection intestinale ont été conseillées et pratiquées.

Hernie crurale. Cure radicale par oblitération du canal crural avec un fragment de fascia lata *suturé au ligament de Cooper et à l'arcade crurale.* Soc. de chir., 1914 (p. 767).

Insuffisance anale. Froncement des parties molles périanales. Bon résultat fonctionnel. Soc. de chir., 2 février 1916.

Fistules stercorales par plaie de guerre entretenue par un séquestre de la tubérosité iliaque. Soc. de chir., 1915 (p. 1147).

Plaie de la fesse et de l'anus. Rétrécissement anal. Anoplastie et dilatation avec une sonde élastique à pression excentrique. Soc. de chir., 1915 (fig.).

Des sondes semblables ont été employées pour les sténoses laryngées ou œsophagiennes. Je les ai employées avec succès pour des rétrécissements anaux et rectaux.

Pseudo-kyste traumatique rétropéritonéal. Marsupialisation. Hémorragie post-opératoire. Transfusion de sang citraté. Guérison. Observations de M. Chaton. Rapport à la Soc. de chir., du 31 juillet 1918.

Kyste hydatique du lobe de Spiegel avec ictère par compression du hile du foie. Soc. de chir., 1915 (p. 445).

Abcès du foie guéri très rapidement par l'incision et les injections sous-cutanées d'emétine. En collaboration avec le docteur Marcel Labbé. Soc. de chir., 1913 (p. 1794).

Ablation d'une tumeur secondaire du foie. Rapport sur une observation de M. Baudet. Soc. de chir., 1915 (p. 351).

Hernies diaphragmatiques de la rate. Rupture de la rate. Observation de M. Bréau. Rapport à la Soc. de chir. du 12 juin 1918.

Rupture de la rate; splenectomie. Observation de M. Guyot. Rapport à la Soc. de chir., 7 mars 1917.

Hernie thoraco-abdominale. Prothèse interne avec une lame de caoutchouc. Observation de M. Lefèvre. Rapport à la Soc. de chir., 4 déc. 1918

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Dégénérescence kystique des deux reins chez un homme de 71 ans. Soc. anat., avril 1918.

Anomalie uretérale. En collaboration avec le docteur Séjournet. Soc. anat., 1910 (p. 963).

Gros calcul vésical développé autour de corps étrangers (fragment d'aiguilles de sapin). En collaboration avec le docteur Doré. Soc. de chir., 1913 (p. 1139).

Balle paravésicale. Ablation. Soc. de chir., 24 novembre 1915.

Extraction par les voies naturelles d'un thermomètre introduit dans la vessie. Soc. de chir., 15 décembre 1915.

Grande plaie de l'urèthre. Dérivation temporaire périnéale des urines puis uréthroplastie. Guérison. Soc. de chir., 1915 (p. 1192).

Hernie traumatique du testicule. Réduction tardive après désinfection à la teinture d'iode. Soc. de chir., 1914 (p. 1263).

Ganglions inguinaux cruraux filariens et orchiepididymites filariennes. Ablation des ganglions. Résection partielle et débridement de l'albuginée des deux testicules. Soc. de chir., 1915 (p. 1096).

Cette technique opératoire, qui n'avait pu encore été suivie, m'a donné un bon résultat.

A) *Plaies de la verge, luxation de la verge en dehors de son fourreau.* Soc. de chir., 5 janvier 1916 (fig.).

B) *Luxation de la verge par plaie et rétraction cicatricielle. Réintégration de la verge dans son fourreau.* Soc. de chir., 28 juin 1916 (fig.).

GYNÉCOLOGIE

Colopexie complémentaire dans les prolapsus génitaux. Soc. de chir., 1913 (p. 729).

Dans les prolapsus génitaux complets, le gros intestin pelvien ptosé aggrave le prolapsus.

Plusieurs fois j'ai fait la colopexie à la paroi abdominale antérieure, colopexie complémentaire des périnéorraphies ou de l'occlusion vaginale.

Rupture du cul-de-sac postérieur du vagin au cours de l'accouchement. Laparotomie exploratrice. En collaboration avec le docteur Tissier. Soc. de chir., 1915 (p. 1195).

Grossesse péritonéale. Ablation par laparotomie. Guérison. Soc. de chir.. 1915 (p. 1196).

Kyste fœtal suppuré. Soc. de chir., 1915 (p. 1197).

Accidents péritonéaux occlusifs au cours de la grossesse. En collaboration avec le docteur Tissier. Soc. d'obstétrique et gynécologie et de pédiatrie, mars 1913.

Perforation utérine au cours d'nn curettage pour fièvre postabortive. Soc. de chir., 1914 (p. 913).

J'ai fait de l'hystérectomie supravaginale suivie de tamponnement à la mickulicz. Guérison.

Perforation gangréneuse de l'utérus après injection caustique. Simple laparotomie. Mort (fig.). Soc. de chir. (p. 913) et Ann. de gynécologie, 1916.

L'état grave de la malade me fit hésiter, et j'ai regretté de n'avoir pas fait l'hysté-

rectomie supravaginale. Tout le fond de l'utérus était sphacélé et la cavité utérine s'ouvrait dans la cavité péritonéale.

Fréquence des avortements observés dans les services de chirurgie. Soc. de méd., légale, 1917.

Prurit vulvaire traité par la résection des nerfs périnéaux. Ann. de gynécologie et d'obstétrique, octobre 1917.

Les démangeaisons disparurent, mais des cuissons intravaginales persistèrent. La section n'avait pas porté sur tous les nerfs périnéaux, qui sont nombreux et très anastomosés.

Autogreffes et homogreffes de l'ovaire dans le bord inférieur du grand épiploon. Ann. de gynécologie et d'obstétrique, décembre 1917.

Je rappelle mes observations anciennes de greffes ovariennes (sous-cutanées, dans le ligament large. Dans cette nouvelle revue, j'ai greffé l'ovaire dans le bord inférieur du grand épiploon. La plupart des malades ont vu persister leurs règles, qu'il s'agisse d'autogreffe ou d'homogreffe. J'ai essayé de conserver la moitié interne de la trompe et d'accoler sur celle-ci l'ovaire greffé dans l'épiploon en vue d'une grossesse possible.

MEMBRES

Désarticulation interscapulo-thoracique pour ostéosarcome huméral. Rapport sur une observation du docteur Soubeyran. Soc. de chir., 1914 (p. 652).

Œdème dur lymphangitique du bras consécutif à l'extirpation d'adénites tuberculeuses de l'aisselle. En collaboration avec le docteur Thibierge. Soc. de chir., 1915 (p. 1194).

L'ablation des ganglions provoque un gros œdème du membre supérieur comme celui que l'on observe après l'évidement de l'aisselle pour néoplasme mammaire. La compression élastique fait diminuer l'œdème notablement. (J'ai fait chez ce malade des résections par bandes de l'aponévrose superficielle et au bras et à l'avant-bras pour provoquer des anastomoses entre les lymphatiques superficiels et les lymphatiques profonds du membre.) Opération recommandée par plusieurs chirurgiens étrangers. Il n'y eut pas d'amélioration chez mon malade.

Ostéosarcome de l'omoplate. Résection économique en laissant l'angle articulaire. Rapport sur une observation de M. Potel. Soc. de chir., 1913 (p. 1158).

La conservation et les opérations mutilantes par fractures, broiements et arrachements des grands segments des membres. Rapport sur les observations de M. Lapointe. Soc. de chir., 1915 (p. 649).

Rupture du tendon de la longue portion du biceps brachial dans sa portion articulaire. Rapport sur une observation de M. Lapointe. Soc. de chir., 1914 (p. 630).

Trois cas de subluxation progressive du poignet avec altération du cartilage conjugal dans les deux cas. Soc. de chir., 9 février 1916 (fig.).

Adaptation fonctionnelle après les grandes mutilations de la main. Soc. de chir., 12 janvier 1916 (fig.).

Plaie du bord interne de la main. Destruction du 5e métacarpien et du tendon extérieur du 5e doigt. Anastomose tendineuse. Bon résultat fonctionnel. Soc. de chir., 1915 (p. 1193).

Rétraction permanente des doigts après application prolongée d'une bande élastique ou garrot pendant quarante-deux heures. Soc. de chir., 22 décembre 1915.

J'ai fait chez ce blessé le dédoublement oblique très allongé des tendons fléchisseurs et la suture des extrémités tendineuses. L'amélioration a été très notable après cet allongement des tendons.

Coxa hyperflecta bilatérale. En collaboration avec M. Jouon. Soc. de chir., 3 novembre 1915 (fig.).

Genu recurvatum consécutif à une ostéite fémoro-tibiale avec arthrite du genou. Ostéotomie linéaire du tibia et du péroné. Bon résultat. Soc. de chir., 1913 (p. 1418).

Genu valgum par ostéite spécifique du tibia et du fémur. En collaboration avec le docteur Badin. Soc. de chir., 1914 (p. 64).

Luxation du genou en arrière par rupture des ligaments croisés antérieur et postérieur. Suture du ligament croisé antérieur. Guérison avec ankylose. Soc. de chir., 1913, n° 23 (fig.).

Observation et radiographie d'une luxation du genou en arrière et en dehors. En collaboration avec le docteur Gomez. Soc. de chir., 1913 (p. 1364).

Luxations des ménisques du genou et menixité chronique. Soc. de chir., 1913 (p. 518).

Absence d'ossification du cartilage de conjugaison des deux tubérosités tibiales antérieures chez un adulte. Soc. de chir., 22 décembre 1915 (fig.).

Gangrène sèche des orteils. Amputations partielles limitées. Soc. de chir., 14 avril 1914.

Gelure grave, hersage et élongation légère du nerf tibial postérieur derrière la malléole. Soc. de chir., 23 février 1916.

Gelures graves. Névrite douloureuse. Hersage et élongation légers des nerfs tibiaux postérieurs. Amélioration. Soc. de chir., 22 décembre 1915.

Névrites dans les « pieds des tranchées » et dans les gelures. Soc. de chir., 31 janvier 1917.

Écrasement de la partie interne du pied par éclat d'obus. Amputation longitudinale économique par désossement. Soc. de chir., 25 juillet 1915 (fig.).

J'ai enlevé le 3e métatarsien, le 1er et le 2e cunéiforme et le scaphoïde. La cicatrisation par deuxième intention fut longue. La marche était facile.

Résection du calcanéum et de l'astragale après une grosse plaie du talon. Inflexion plantaire directe. Ostéotomie cunéiforme à base dorsale. Bon résultat. Soc. de chir., 20 décembre 1916 (fig.).

Résultat d'une ancienne résection totale du calcanéum. Soc. de chir., 20 décembre 1916 (fig.).

Pieds bots lépreux. En collaboration avec MM. Jeanselme et Guillier. Soc. de pathologie exotique, avril 1912.

Ostéite tuberculeuse du tarse antérieur et du tarse postérieur. Tarsectomie totale. Nécessité du traitement des tuberculoses chirurgicales dans les sanatoria suburbains (fig.). Soc. de chir., 1913 (p. 1447).

Tous les malades atteints de tuberculose chirurgicale devraient être soignés dans des sanatoria suburbains, placés sur un plateau, à quelques kilomètres des grandes villes. Tout compte fait, l'Assistance publique et la ville y gagneraient. Il en sera ainsi plus tard, mais quand ?

Traitement dans les hôpitaux urbains des tuberculeux chirurgicaux aggravés et traitement des autres tuberculeux chirurgicaux dans des sanatoria suburbains. Bulletin méd., 21 mars 1918.

4502. — Tours, imprimerie E. Arrault et Cie.